

Protótipo da Notificação de Pai/Mãe/Guardião para Medicaid/SCHIP

Caro Pai, Mãe ou Guardião

As crianças com seguro de saúde têm mais probabilidade de obter assistência preventiva de saúde e assistência médica quando estão doentes. Isto resulta em menos ausência à escola devido a doenças e as crianças chegam na escola prontas para aprender. Se seus filhos não têm seguro de saúde, você estará interessado em saber que muitas famílias que recebem refeições grátis ou a um preço reduzido na escola podem também obter para seus filhos seguro de saúde grátis ou a um preço reduzido. No entanto, muitas famílias não sabem sobre o programa de seguro de saúde que está disponível.

A lei agora permite que compartilhem as informações sobre a qualificação para obter refeições grátis ou a um preço reduzido com o Medicaid e com o programa estadual de seguro de saúde de crianças. O Medicaid e o programa estadual de seguro de saúde de crianças só pode usar as informações para identificar as crianças que talvez sejam qualificadas a receberem um seguro de saúde grátis ou a um preço reduzido e para inscrevê-las em Medicaid e no programa estadual de seguro de saúde de crianças. Não é permitido utilizar as informações da inscrição do programa de refeições grátis ou a um preço reduzido para qualquer outra finalidade. Os oficiais do Medicaid ou os oficiais do programa estadual de seguro de saúde de crianças podem entrar em contato com você para obter maiores informações.

Não é obrigatório que você permita que compartilhem as informações sobre a qualificação da sua criança para obter refeições grátis ou a um preço reduzido com o Medicaid ou com o programa estadual de seguro de saúde de crianças. Isto não afetará a qualificação da sua criança para obter refeições grátis ou a um preço reduzido. Se você **não** desejar que estas informações sejam compartilhadas com o Medicaid ou com o programa estadual de seguro de saúde de crianças, você precisa informar-nos deste fato. Você poderá preencher este formulário e enviá-lo à escola da sua criança até _____ se você não desejar que as informações sobre a qualificação da sua criança para obter refeições grátis ou a um preço reduzido sejam compartilhadas com o Medicaid ou com o programa estadual de seguro de saúde de crianças. Se você desejar obter maiores informações, você poderá telefonar para _____ ao telefone _____.

Eu **não quero** que os oficiais da escola compartilhem informações sobre a qualificação da minha criança para obter refeições grátis ou a um preço reduzido com o Medicaid ou com o programa estadual de seguro de saúde de crianças.

Nome da Criança _____ Escola _____
Nome da Criança _____ Escola _____
Nome da Criança _____ Escola _____

Assinatura do
Pai/Mãe/Guardião _____ Data _____

Nome em letra de forma _____
Endereço _____
